

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1871700132		
法人名	社会福祉法人 白女林		
事業所名	グループホーム白楽荘 みくにの里(1F)		
所在地	福井県坂井市三国町梶49-18		
自己評価作成日	平成 28年 9月 19日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成28年10月12日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>一人一人の利用者が生活に則した仕事や趣味、特技を楽しみながら力を発揮したり潜在能力を引き出して、心身機能を維持できるように支援している。また利用者同士の会話を促進するようにしている。</li> <li>医療との情報交換を密にして心身状態の安定を図っている。</li> <li>地域の団体や学校との心温まる交流や役立ち感を体感できるよう支援している。</li> <li>家族を交えた行事や外出、個別のふれあいができるよう支援している。</li> </ul>
--

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

<p>事業所は観光地の近くに位置し、海岸から近く、森林に囲まれた自然豊かな場所に立地している。敷地内にはデイサービス、特別養護老人ホームの他、診療所があり、医療と福祉が総合的に提供できる複合型施設である。市街地から離れているため、医師がいる診療所と連携体制が取れる安心した設備となっている。特に利用者への気づきの視点を重視したケアを目指しており、職員全員が気づきをノートに記録している。更に、アセスメントシートや評価基準を定めるなど、きめ細かなアセスメントを実施し、計画書に反映している。現在は、身体の拘束以外にも「言葉による拘束」に細心の注意を払い、言葉遣い以外に言葉の速さや大きさにも着目し、職員間で意識を高めている。</p>
---

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー) です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	各フロアーにみくいの里独自の理念を掲示しており、行事・外出企画・レクレーション等に理念を意識し取り入れている。	法人理念を月初めに唱和し、理念の共有に努めている。それ以外に、行動方針や接遇理念があり、個人カードで目標を掲げ実践に繋げている。また管理者との面談では理念や目標の実践について確認している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	ドライブで地域の特徴ある景観を楽しんでいる。入居者の自宅付近に出かけたり、馴染みの散髪屋に行けるよう支援している。法人全体で地域の自警団と共に避難訓練を行ったり、地域の震災訓練にも参加している。また三国図書館の本の集団貸出しを利用している。	利用者の重度化に伴い、外出機会が減少していることを運営推進会議で協議し、コーヒーを提供するボランティアを招いたり、地元小学生と贈り物をやり取りする形で地域との交流を深めている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の老人会や保育園の訪問をしたり、中学生の職場体験学習の場を提供している。法人全体として民生委員の見学、ロールプレイで説明などを行っている。三国警察署の協力のもと交通安全運動に利用者と共に参加し、小学校で手作りマスコットを配布した。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	市議会議員、坂井地区広域連合担当者、地域包括支援センター職員、地区長、地域有識者、保育園所長、家族会会長に参加していただき、活動法区や現状報告、地域密着としての活動相談をし、意見や情報をいただいている。	2か月ごとに法人全体で運営推進会議を開催している。区長、家族代表、地域包括支援センター職員や広域連合職員、社協職員など多数が参加している。会議の記録は毎月ホーム便りで利用者家族に報告している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	主に運営推進会議で実状やケアサービスの取り組みを伝え、協力やアドバイスをお願いしている。	主に運営推進会議を通じて情報の共有やサービスの取組みについて相談している。現在は、災害対策について事業所と地域との連携について協議している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	法人内で拘束廃止委員会を2ヶ月に1回開催している。法人内の勉強会にも積極的に参加している。玄関の施錠はなく自由に前庭に出ただけ。門扉は施錠しているが「外に出たい方は職員までお申しつけください」と表示して対応している。	事業所全体で身体の拘束防止だけでなく、言葉の拘束防止に取り組んでいる。利用者、家族、職員の同意を得て、定期的にボイスレコーダーを設置し、職員の言葉がけについて客観的視点から見直し、検討をしている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ざされることがないように注意を払い、防止に努めている	法人全体で権利擁護、虐待防止についての勉強会を開催している。また週に2回の入浴時に全身状態の観察を行っている。内出血や皮膚剥離等に関してはミーティング等で原因を追究している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	権利擁護に関する研修に出席している。今年度は対象者はいないが、必要であれば従来通り支援を進めていく予定である。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居前説明の日時を設定し、話し合いと同意の上で入居していただいている。また料金改定の際は家族会での説明や個々のお宅に伺って説明同意をいただいている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	玄関に意見、要望を記入し投函できる箱(心の音入れ)を設置している。また面会等で意見、要望を言うてくださりやすいように働きかけている。法人全体で2ヶ月に1度苦情相談委員会を設け、話し合いの場をもったり、アンケートを実施したりしている。	年1回、家族総会を開催し、約8割以上の方が参加している。その他にも年2回、食事会を設け交流を図り、家族の意見を聴取している。利用者家族と事業所の距離を縮めるよう努力している。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	グループホーム会議(月1回)や日々のチームミーティングで出た意見、個々のコミュニケーションを通して得た意見を取り上げ、具体的な方策を考案し実現へとつなげている。	各ユニットの職員配置は固定されているが、夜勤の応援など、ユニット間で協力している。職員間で気づいたことを記録し情報を共有したり、気軽に相談のできる環境づくりに努めたりする等、充実したケアの提供につなげている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年2回の人事考課表で自己評価をし、第2次、第3次評価を行い、賞与に反映させている。また管理者、リーダーが中心となって有給、リフレッシュ休暇の取得を薦めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	研修委員会が中心となり、法人内研修に積極的に参加している。外部研修に関しては職員一人一人のレベルに合わせた研修に参加できるよう薦めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	外部研修に行くことがほとんどなく、同業者との交流はできなかった。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所前に本人とお会いして直接話を伺ったり、入所後に密に関わり本人の言葉に耳を傾け、ケアプランに反映している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前に話し合いをもっている。また面会時や随時の電話等で要望に耳を傾けている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居前の話し合いや調査等の聞き取りをしたり、居宅ケアマネからの情報で必要な支援を見極め、他のサービス利用も視野に入れた対応をしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	様々な作業を入居者と共に行い、一人一人のできることを生活に活かしている。作業手順について入居者の意見を取り入れたり、得意なことを生かしたことや歌などを職員に教えて頂いたりすることもある。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	外出、外泊、面会の支援とともに外出や他科受診の同行も状況に合わせお願いしている。また衣類、生活用品、おやつ等の購入も協力いただいている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	馴染みの店での買い物や、散髪、ご自宅等に出かけたり、併設された施設を利用されている知人に会いに行く等の支援を行っている。	事前訪問調査で家族から馴染みの関係を聞き、理容店、美容室、友人の訪問、自宅への外出を行っている。利用者が地域で活動していたことについても、生活情報シートを活用し情報を聴取し、支援につなげている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の良い関係が保てるようテーブル座席配置をしている。気配りや作業援助のできる力をお借りして、ともに作業や会話ができるようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	法人内事業所に限られてしまうが、ホームのご利用者とともに面会に出向き、話をしたりしている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	入所時に本人、家族に伺いフエイスシートに記入している。またケアプラン作成時、他必要に応じてセンター方式シートを記入したり、日々のコミュニケーションから得た思いや希望をミーティングを通じて検討している。	職員は認知症リーダー研修を受講し、認知症の理解を深めている他、きめ細かなアセスメントを実施し、利用者一人ひとりの意向の把握に努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	利用者との会話、家族からの聞き取り、入所前に利用しておられたサービス機関や在宅時ケアマネージャーからの聞き取りを通じて把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	介護経過記録(ケース記録)、食事、水分、排泄記録、バイタルチェック表、外来診療や受診の記録、センター方式シートなどで現状を把握している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	チームミーティングで話し合っって対応している。本人から話しを伺う事もあるが、家族、医師、看護師、介護士、それぞれの意見を聞き取りケアプランにつないでいる。	月1回、ケア会議を開催している。利用者の出来る事を見出し、ケア計画に反映するため、気付いたことを記録したノートを活用し、職員全体で、利用者の小さな発見を大切にしている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	毎日パソコンで介護経過記録を記入している。重要事項については申し送りノートに記入し随時ミーティングで検討。モニタリングにも反映し、介護計画にも繋げている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	希望により買い物等にお連れしたり、その方の意向に合った美容室を探してお連れする等の開拓をしている。夏の花火大会には時間外だが職員家族も加わり楽しみの一つとして盛り上げている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域の行事への参加を行ったり、地域で活躍するボランティア団体との交流を行っている。個別に馴染みの理髪店や美容院にお連れしている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	併設診療所医師より月2回外来診療を受けている。また精神科はほぼ月に1回のペースで訪問診療を受けられる体制になっている。他専門医への受診は基本的に家族にお願いしているが、家族の希望や、必要に応じて職員も同行している。	事業所併設の診療所をかかりつけ医とし、急変・緊急時の体制を整えている。専門医が必要な場合は、他医療機関に紹介している。月1回精神科専門医による診察も行っている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	利用者の体調変化について、状況に応じて、事業所内看護師、併設診療所(医療連携)看護師に相談し、受診に結びつけたり、ケアの指導を受けている。診療所とは、夜間オンコール体制により緊急時に備えている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には病院の相談窓口や看護師と連携を取り合い、随時病状を確認したり、治療や退院時期の見通しなどについて家族も含め話し合っている。退院時には病院に出向いてカンファレンスを行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所時早い段階で重度化や終末期に向けた家族の意向を確認し、事業所内で対応可能な内容を説明した上で、他施設・病院・在宅での看取りなどの選択肢も明示している。また、状態低下がみられた段階で再度説明し、診療所や医療機関と話し合いをもったり、他施設への移動の支援をするなど、チームで一貫したケアに取り組んでいる。	看取りのマニュアルを作成し、法人内研修を実施し、いつでも対応できる体制を整えている。事業所には機械浴がないため、身体の状態に応じては、他事業所や医療機関に移行することもある。入所前にハード面も含め家族に支援内容を説明している。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアルをフロアに設置し、新入職員に対して業務時間内に読み合わせをして指導している。またAEDの設置、消防署への救急法の研修に年ごとに参加者を出すなど全員への普及に努めているが、定期的な訓練までは行っていない。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	最低でも年2回は、事業所内の避難訓練を行っている。また法人全体で夜間を想定した夜間総合避難訓練や地震想定訓練を行っている。いずれも地区消防団や消防署の協力・指導を得て行っている。また、メルボコ訓練、勉強会も法人内で年1回行っている。	事業所では年2回の火災訓練を実施し、法人全体では年1回夜間を想定した火災訓練を実施している。事業所は、津波の一時避難所に指定され、テントや水、トイレの備蓄があるほか、食材は食事の委託業者との協力体制が整っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	トイレや入浴への誘導に拒否感のある方には「お願いしたいことがあります」など言葉を替えて誘う工夫をしている。作業やレクリエーションにも強制することなく、自然に参加できるようにしている。一人一人の理解力や性格にも配慮して言葉かけをしている。	職員がアセスメントシートや記録を基に、言葉の拘束防止や排泄の声かけの暗号化など、利用者一人ひとりの誇りやプライバシーに配慮した支援について検討し、実践している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ごく普通の希望はもちろん、認知症からくる繰り返しの訴えや帰宅願望なども否定せず受け入れて会話している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	基本的な生活リズムは保ちながらも、利用者一人一人の状態などに応じて、見守りを基本とした支援をしている。特に体力低下のある方には、意向があれば居室休憩を長くとりおやつ時間をずらすなどの工夫をしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	家族に本人の好きな衣服や小物を持ってきていただき着用し、折に触れて話題にしている。能力のある方には入浴時などの衣服を自分で選んでいただいている。自分で判断できない方には、職員がその方の元々の好みやいとうつりなどを考慮して選ばせていただいている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理は業者委託しているが、単品のおかず作りやおやつ作りを一緒にしたり、ホーム内の焔で採れたものや頂き物などを活用して調理している。また食事の準備や後片付けはともに行っている。	食事は業者に委託しており、利用者の嗜好はほぼ反映されている。また、焔で収穫した野菜等を利用して調理したり、おやつを作ったりする機会を設け、食事作りに利用者が参加できる機会を設けている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	管理栄養士が作成したメニューをもとに具材加工、盛り付け、量、形態は利用者個々の状態に応じて変えている。特に咀嚼・嚥下機能の低下のある方には、刻み、ペースト状、とろみなどで提供している。食事や水分の摂取量はパソコンで記録し経過を見て、体重変化と付きあわせて健康管理に繋げている。排便コントロールのため好みのジュースやバナナ、ヨーグルトなどその人に合わせて個人購入し、提供している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	個々の状態に応じて、歯磨き、うがい、義歯洗浄を毎食後行っている。自分でできる方は見守りで、できない方は介助で行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄訴えのない利用者に対しては、排泄記録からパターンを把握しトイレ誘導をしている。尿量に応じたパットの選択や、残尿の残らない介助の方法を工夫し、不快感除去や感染防止に努めている。	全ての利用者がトイレで排泄できるよう支援している。排泄の訴えのない利用者のサインも記録して職員間で共有するなど、統一したケアを行っている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	看護職員と相談しながら、運動、体操、散歩を取り入れたり、水分摂取の強化に努めている。また管理栄養士と相談し、週に2回バナナジュースをおやつに提供している。家族協力にてヨーグルトやファイバーを購入していただき、提供している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	入浴の誘導は必ず本人の同意をとっている。精神状態、活動状況をみながら声掛け、生活の自然な流れを損なわないようにし、湯加減も好みに合わせている。週2回入浴日は決まっているが、別階の入浴日を利用すれば、週4回入浴も可能な体制「ではある。	入浴は、週2回を基本としているが、希望者には週4回入浴も対応している。1日を通じて希望の時間に入浴できるが、機械浴がないため、機械浴が必要な方は、同法人内の別事業所で入浴している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	その方のペースに合わせて過ごしていただいている。日中でも本人意向があれば居室で過ごしていただいたり、夜間眠れない方にはお茶を提供しながら、お話し相手をするなどの工夫で安心できるよう努めている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬事情報書を利用者の個人ファイルに綴り何時でも確認できるようにしている。また服薬変更や追加時には申し送りノートに情報量を綴り周知するようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	利用者個々について、昔からの趣味や得意分野を把握し、安全に配慮しながら作業をお願いしたり、レクやクラブ活動を呼びかけている。感謝や賞賛の言葉で張り合いや意欲を感じて頂けるよう努めている。ADL低下で困難な方にもお好きな動物や景色、家族写真の掲示、歌などで楽しんでいただいている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	散歩や畑の収穫の他、ドライブや買い物、外食などの支援を行っている。地域の催し物参加や保育園との交流、美術館見学などに出かけている。今年度は家族を交えて庭でのバーベキューを計画している。	地区の祭りへの参加や日帰り旅行を実施していたが、利用者の重度化に伴い、外出が困難な方が増え、家族との食事会等、事業所内の行事が多くなっている。	運営推進会議を通じて、組織力を活かし議題を継続的に投げかけ、地域全体でできる対応を検討し、重度者も含めた気軽な外出が継続できることに期待したい。



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	随時の買い物や外食などの希望に応じられるよう、事務所の小口現金より希望に応じて立替ができるようになっている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	本人の希望があった場合は随時職員が電話をし、職員の対応後にお話ししていただくようにしている。手紙が届いたときには、本人にお見せして返事がかけるように援助、または代筆させていただいている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	芳香剤、消臭剤の使用で不快感を和らげ、日々の会話や作品等で季節感を表現している。また様子を見て音楽を流している。ソファやテーブルの配置にも自分の居場所の確保や親しい方同士の交流がしやすく、くつろげるよう工夫している。	天井が高く、窓からは光が入り込み開放的な明るい雰囲気である。壁には利用者の作品が飾られ、地域の文化祭に出展する作品も展示されている。開放的なため冬場は空調以外にストーブを使用し、寒さ対策を行っている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	気の合った利用者同士が同じテーブルにつけるようにしたり、ソファで隣同士になるよう誘導している。またそれぞれお気に入りの場所ができており、好きな場所で過ごせるよう見守りをしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室には家族の写真や馴染みの家具を置いていただいている。整理や掃除については、本人の意向を尊重しながら、一緒に行ったり、雰囲気を壊さないよう時期を見計らって行っている。	馴染みの家具を自由に設置でき、希望があれば畳を持ち込むこともできる。利用者の個性を尊重した環境設定ができる。また、居室名を自宅のある地名で明記し、馴染みが持てる配慮ができています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	歩行の不安な方が掴まりやすいようにホールのテーブルの位置を配慮したり、廊下に手すりを付けている。掲示物は利用者目線を考えた位置に掲示している。		

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1871700132		
法人名	社会福祉法人 白女林		
事業所名	グループホーム白楽荘 みくにの里(2F)		
所在地	福井県坂井市三国町梶49-18		
自己評価作成日	平成 28年 9月 19日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成28年10月2日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>一人一人の利用者が生活に則した仕事や趣味、特技を楽しみながら力を発揮したり潜在能力を引き出して、心身機能を維持できるように支援している。また利用者同士の会話を促進するようにしている。             <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療との情報交換を密にして心身状態の安定を図っている。</li> </ul> </li> <li>・地域の団体や学校との心温まる交流や役立ち感を体感できるよう支援している。</li> <li>・家族を交えた行事や外出、個別のふれあいができるよう支援している。</li> </ul>
---

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

「1Fユニット」と同様
-------------

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	ホームの理念をフロアに掲げ意識できるようにしている。	「1Fユニット」と同様。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	ドライブなどで入居者自宅付近にでかけたり、馴染みの店(理容室)、家族との外出など地域とつながるよう援助をしている。また法人全体として地域自警団共に避難訓練、震災訓練の参加も行っている。	「1Fユニット」と同様。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	社協を通じたコーヒーボランティアの導入で地域の方々に直接利用者と接して頂いている。導入前には認知症についての説明会を行った。また地域の小学校に交通安全マスコットを贈った事をきっかけに児童との交流を行い子供達に自然な形で施設や利用者の事を理解		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	会議において様々な意見や助言を頂き。サービス等に取り入れている。	「1Fユニット」と同様。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	主に運営推進会議で実状やケアサービスの取り組みを伝え、協力やアドバイスをお願いしている。	「1Fユニット」と同様。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	法人全体の拘束廃止委員会に参加し会議の結果を共有している。利用者の行動に合わせて2階出入り口の施錠を行う事はたまにあるが普段は開放している。精神薬の使用は医師に利用者の日常の状態を細かく伝え、持てる気を奪わないようコントロールしている。各個室の家具や寝具について利用者個人の能力とリスクを検討し、梗塞せずに安全に混乱なく暮らせる工夫をしている。	「1Fユニット」と同様。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	法人内研修の参加、サービス向上委員で各月の接遇目標を定め掲示して実践している。また対応困難な方の言動の真意を探り、気持ちに寄り添う事で虐待に結びつくことがないようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	成年後見人制度を活用している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居、退去に際して事前説明や話し合いを行い主治医との懇談を通して理解、納得を図っている。他医療機関や他施設の紹介についても、職員が同行して説明、補助する等の援助をしている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	利用者家族へアンケート調査の実施、玄関に要望等を記入し投かんできるようボックスを設置。外部機関を含む苦情相談システムをKやっくじに説明し活用できるようにしている。日常の利用者の声や面会時の家族との話し合いから思いをくみ取りケアの改善に取り組んでいる。利用者の要望からボランティア定期導入に繋がったケースがある。	「1Fユニット」と同様。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回のグループホーム会議、随時の相談などを通して得た意見等を取り上げ、実践できるかどうかを検討している。	「1Fユニット」と同様。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	個人の能力や特技を生かした役割を配分している。その人の向上につながるような委員会やホーム内での役割を配分している。必要時には家庭の状況に配慮した勤務時間の調整を行っている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人内研修の開催。ケアマネネットワークへ運営委員としての参加、研修参加を認め、シフト調整している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	外部の団体への参加を通じ同業種の人との交流情報交換ができています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前に本人の要望を聞いたり、在宅時の支援者からの事前の情報を分析して暫定ケアプランをつくり、言動観察、記録をし関係づくりをしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前説明時に話しを伺い否定しないよう受け入れ、ホームでの支援について説明している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居前の生活の仕方や利用していたサービス内容、入居を望んだ動機などを伺ってホームでのサービスを暫定プランにおとしこんでいる。特に外部の医療機関の受診に関してよく相談を希望におうじている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者の特技を生かして雑巾縫いや繕いものをして頂いたり、料理を教えて頂く。掃除や第何処を仕事を一緒にする等の活動をしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	美容院や他医療機関の受診外出。家庭内の行事のための帰宅などをケアプランに位置づけ実施して頂いている。本人からの要望で家族と電話で話をして頂く機会を作っている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	ドライブで自宅の様子を見に行く機会を作っている。地域の祭り等催しを観に行ったり、地元の事を話題にしている。なじみの美容院、お墓参りなどに家族と行って頂いている。家族の写真をもって来て頂いて飾ったり、一緒に見て会話をしている。	「1Fユニット」と同様。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	話しの合う方同士で同じテーブルんびついて頂き作業等を一緒にしたり、教え合ったり出来る様な環境づくりをしている。お互いの昔話を共有し楽しく人生をふりかえられるような話題作りをしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院や他施設に移った方に機会を捉えて面会したり、家族に声掛けて様子を伺ったりしている。他施設職員からの問い合わせにも応じている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	ケアプラン立案時はもちろん日常の会話を通して意向を伺っている。またセンター方式yひも解きシートを活用して、本人の言動に隠された進の思いを把握するようにしている。	「1Fユニット」と同様。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前に家族や居宅ケアマネ、在宅サービス事業者に情報を頂き、記録して職員間で共有している。入居後も本人や家族から折りにふれた会話やサービス担当者会議等で伺っている。趣味や暮らし方を生活づくりシートにおとしこみアセスメントの材料としている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	状態観察し、センター方式D-4シートの記入や認定調査票を活用した書き込み、状況調査票とフェイスシートの定期的な記入をして客観的に把握している。外来受診記録表を受診前に記入し看護師とも共有している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	毎日のミーティングでの職員間の話し合い、外来受診時や随時の看護師、主治医との話し合い、本人、家族との事前の話し合いをし、必要時には管理栄養士やPTの助言を得て計画作成している。毎月の担当介護士のケアの評価をもとに定期的にモニタリングしている。	「1Fユニット」と同様。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ケース記録を日々記録しひと月ごとに評価する。気づきノートや申し送りノートを活用し、毎日のミーティングでその都度課題を話し合う。また認知症ケア会議で取り上げ改善につなげている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人のニーズに職員や家族だけでは対応しきれない場合、新しいボランティアの募集の導入をしたり、地域で開かれている介護者のつどいや講演会に家族の参加を呼びかけ、共に学べる機会を作っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域の警察署にお願いし小学校に手作りの交通安全マスコットを配布したきっかけに坂井市合併10周年事業に参加し交流ができた。地元の消防署や自警団と災害の対応を話し合ったり、避難訓練を実施している。エコキャップアートコンクールへの参加で県社協事業との連携ができ		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	みくにの森クリニックと詳細な情報交換をし指導頂いている。(2週に1回の定期健診他)必要に応じた主治医と家族の懇談を行い。意向を把握、反映してもらっている。	「1Fユニット」と同様。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	定期受診時は事前に文書で情報や相談内容を伝える。必要な場合口頭で伝えたり相談している。利用者の体調変化について早めの相談をし、指導を受けたり主治医につないでもらっている。場合により他科受診、夜間オンコールで早めの相談対応をしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時の状況を電話や面会伺い治療内容や退院の見通しなど情報をもらっている。必要に応じ入院中や退院前のカンファレンスをしている。その場合病状(けが)の改善だけでなくホームでの生活に密着した問題提起し解決を図るよう努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所前説明時に当面の意向を把握し支援内容を説明している。入所時や状態変化のある時に主治医と家族の懇談をもち、その都度意向や方針を把握している。(介護職員も立ち会っている)	「1Fユニット」と同様。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	施設内研修の開催。消防署で救急救命法(AED含む)の講習を全員定期的に受けている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	定期的の避難訓練(日中、夜間想定)を行い、消防署と地元自警団が参加している。災害時退校のメールシステムの定期的な確認。電話連絡網を全ての職員が保持し把握、訓練している。	「1Fユニット」と同様。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	命令形の言葉の禁止。「～しましょう」という呼びかけを習慣づけるようにし、同意を得てケアを行う姿勢を保つようにしている。	「1Fユニット」と同様。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	それぞれの利用者のレベルに合わせて自己選択、自己決定できる言葉掛けをしている。利用者の視線や表情、行動からも把握できるようにし「～したいのですか？」と声かけしている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	体調や習慣を把握して起床や就寝、食事、入浴、排泄の時間を、その人の都合や思いに合わせている。レクや外出時もその人の意向に合わせて参加を決めている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	カチューシャやスカーフなど好みの物を家族に協力して頂き準備し身に付けてもらっている。化粧水やシャンプーなども家族に馴染みの物を持って来て頂いている。定期的なカットや髪染めをなじみの美容室で行っている。毎朝軽くメイクする方もある。手作りの服や好みの色の服を誉めてあげている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	盛り付けを個々の力に合わせて協力して頂いている。出来る方には食器も選んでいた。はたけの作物やいただきものの野菜でいっしょに料理をしたりホームメニューの日や手作りおやつの日を作って力を発揮して頂いている。下膳や洗い物を協力して頂いている。	「1Fユニット」と同様。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	肉に嫌いな方に代替えを提供している。その方の日頃の摂取量を観察、把握してもりつけの量を加減している。体重オーバーやDMの方には気持ちに負担がないよう量の調整をしている。水分摂取の不足な方はケアプランに位置づけて好みの飲み物など工夫して提供している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後口腔ケア実施。自分で出来る方は見守り、必要な方に介助している。拒否気味な方には声掛けに工夫したり、理解出来る範囲で口腔ケアの必要性をつたえつつ誘導している。		



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	日中は全員トイレを使用。夜間は1名ポータブルトイレを使用している。出来る方は自分で紙パンツを交換し必要な方は一部または全介助で交換するが、出来ることはして頂くようにしている。	「1Fユニット」と同様。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便通を促す食事やおやつ提供(管理栄養士と協力) 毎日のレクに運動を取り入れる。ヤクルト個人購入。便秘把握し医療と連携し水分摂取をすすめる。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	入浴拒否の多いかたにはケアプランで位置づけている。朝のうちに意向確認や声掛けの工夫による動機付けを行う。また自分のシャンプーを使って頂いたり、その日の意向によりシャワーのみや洗髪しないなど柔軟に対応。	「1Fユニット」と同様。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	一人一人の睡眠パターンをつかみ、それに沿って就寝時間を加減している。不眠傾向の方はその原因を追究して解決するようにし、場合によっては排尿関係の薬を使って安眠を促している。日中休みたい希望のある方には意向に沿うが、日中の運動も多くするようにしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	個々の薬事情報を保管し必要に応じて確認する。薬が変わった時は状態変化について観察し共有している。心身変化のある時はまず薬の確認をしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	ケアプランに記載して実践している。いきいきクラブやおやつ作り等。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	職員の仕事を手伝う形での法人内散歩を実施。(声掛け、希望をとる)日帰りミニ旅行の実施。好みの場所やイベント情報をキャッチして提供し希望に沿って出かけている。	「1Fユニット」と同様。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自分で支払いの出来る方を中心に現金をお預かりして事務所管理し必要に応じて財布を持って外出する。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	家族とお互いの誕生日に電話をしている方あり、希望有れば電話をかけ、本人にかわってもらっている。携帯電話で家族とのホットラインを確保している方もおり、本人希望にて操作等の援助をしている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	天窓があり、日差しが強いときなどブラインドを使って、光の加減をしている。利用者の意見によって電気をつけたり消したりして明るさの調整をしている。エアコンのコントロールも利用者の声を聞いている。また季節の花や季節感のある作品を飾っている。	「1Fユニット」と同様。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	廊下にソファやベンチを置き、利用者同士やひとりで過ごせるようにしている。フロアのソファもその様に活用している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室に本人希望の作品を飾ったり写真を置いている。物を持ち込んでおられる方でも不潔にならない程度に受容し、多くなったらこっそりと回収する。衣服を自分なりにハンガーにかけて管理している方のはなるべく触らないようにしつつ目立たないように少しずつ洗濯する工夫をしている。	「1Fユニット」と同様。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	ベッドやマット使用に混乱をきたす方には自宅と同じようにたたみ、布団を敷き自分なりに片付けができるようにしている。本人の能力に合わせ、ベッドの高すぎる方はベッドマットのみを使用して転落や立ち上がり時の転倒を防いでいる。		